

Atelier sur le traitement du choléra : étude de cas (Réponses)

Cas n° 1 (Vidéo 3 h 03, conclusion du cas 5 h 00) : poids 7 kg

Évaluation

1. Quels signes de déshydratation observe-t-on, le cas échéant ?

- Yeux enfoncés
- Absence de larmes
- Irritabilité
- Fontanelle déprimée (lorsque l'on palpe la tête)
- Sécheresse de la bouche
- Soif intense
- Pli cutané à persistance modérée

2. Quel est le degré de déshydratation : nul, modéré ou sévère ?

MODÉRÉ, car l'enfant est éveillé, mais irritable, présente un pli cutané à persistance modérée et est capable de boire.

(Veuillez noter que les scènes se répètent)

Traitement

3. Présentation de votre plan de traitement pendant les quatre premières heures.

L'enfant peut être traité avec une solution de réhydratation orale, car il présente une déshydratation MODÉRÉE et est capable de boire. Il doit être placé en observation et peut être surveillé dans la zone affectée à cette fin.

L'enfant pèse 7 kg. (Le véritable poids de l'enfant lorsqu'il est réhydraté peut être plus élevé, mais vous pouvez utiliser la mesure obtenue après l'avoir pesé lors de son admission au centre afin d'évaluer ses besoins en fluide). Selon le tableau figurant dans les directives, l'enfant devrait recevoir entre 400 et 600 ml de solution de réhydratation orale (SRO) au cours des quatre premières heures. Le volume de la SRO à administrer pendant les quatre premières heures peut également être calculé en multipliant 7 kg par 75, ce qui correspond à 525 ml. L'hydratation doit être réévaluée après 1 heure de traitement, puis toutes les 1 à 2 heures jusqu'à ce que la réhydratation soit complète. N'oubliez pas que ces volumes de SRO sont fournis à titre indicatif et que le volume de SRO administré peut varier en fonction de l'état du patient.

En outre, l'enfant doit recevoir un supplément de zinc (administration de 10 à 20 mg de zinc par jour par voie orale pendant 10 jours) s'il y en a à disposition. Cela permet de réduire la gravité et la durée de la diarrhée. Si l'enfant est allaité, il doit continuer à être nourri au sein.

4. Que faites-vous si cet enfant commence à vomir ?

L'enfant doit continuer à recevoir la solution de réhydratation orale par petites gorgées espacées. Si l'enfant continue à vomir et n'arrive pas à boire suffisamment de SRO, il faut alors lui administrer des fluides par voie intraveineuse.

5. Quels sont les signes que vous recherchez afin de savoir si cet enfant a été correctement hydraté ?

- Irritabilité réduite
- Ses yeux ne sont plus enfoncés
- Il boit avec moins d'avidité ou il a moins soif
- Pouls radial fort
- Il recommence à uriner
- La peau pincée revient vite à sa position initiale
- La bouche est humide
- Des larmes coulent lorsqu'il pleure

6. Quand nourrissez-vous cet enfant ? Que lui donnez-vous ?

Nourrissez le patient lorsqu'il a cessé de vomir. Si l'enfant est allaité, il doit continuer à être nourri au sein, même lorsqu'il vomit.

7. Quels antibiotiques utilisez-vous ? Quand devez-vous les administrer ?

- Parce que l'enfant souffre d'une déshydratation modérée, les antibiotiques doivent être considérés notamment s'il continue de passer des volumes importants de selles pendant le traitement de réhydratation, ou s'il est hospitalisé.
- Veuillez consulter le tableau sur les antibiotiques figurant dans les directives CDC/OPS pour choisir un antibiotique.
 - Premier choix pour les enfants âgés de < 12 mois : suspensions orales à base d'azithromycine, d'érythromycine et de doxycycline.
 - Deuxième choix : suspensions orales à base de tétracycline.

8. Que faites-vous une fois que l'enfant est bien hydraté ?

- Après chaque selle molle, administrez 100 ml de SRO (aux enfants âgés de moins de 24 mois). Il est à noter, toutefois, que cette posologie peut varier en fonction du volume des selles.
- Continuez à réévaluer les signes de déshydratation du patient au moins toutes les 4 heures afin de vous assurer que la solution SRO a été prise correctement et détecter les patients qui continuent de souffrir d'une diarrhée abondante et qui nécessitent une surveillance plus étroite.
- Le débit urinaire baisse, voire cesse, en corrélation avec le développement de la déshydratation. Il reprend généralement au cours des 6 à 8 heures qui suivent le début de la réhydratation. Un débit urinaire régulier (toutes les 3 à 4 heures) est un bon signe, car il indique une administration suffisante de fluides.
- Gardez, si possible, le patient en observation jusqu'à ce que la diarrhée cesse ou devienne moins fréquente et présente un volume réduit. Cela est très important pour tout patient ayant souffert d'une déshydratation sévère.
- Si un patient doit quitter l'hôpital avant l'arrêt de la diarrhée, montrez à la personne qui prendra soin de lui comment préparer et administrer une solution SRO, et informez-la qu'elle doit continuer à administrer la solution, conformément à ce qui est indiqué ci-dessus. Demandez-lui également de ramener le patient en cas d'apparition de tout signe de déshydratation.

9. Comment posez-vous un diagnostic de choléra chez cet enfant ?

Partez de l'hypothèse que tout patient souffrant d'une diarrhée liquide aigüe est atteint du choléra *s'il vient d'une zone atteinte par le choléra*. S'il vient d'une zone où la présence du choléra n'a pas été confirmée, vous pouvez établir un diagnostic microbiologique en utilisant un kit et une culture de diagnostic rapide.

Atelier sur le traitement du choléra : étude de cas

Cas n° 2 (Vidéo 5 h 00) : poids 60 kg

Évaluation

1. Quels signes de déshydratation observe-t-on, le cas échéant ?

- Léthargie profonde, proche de la perte de conscience
- Pouls radial faible (veuillez noter toutefois que l'infirmière contrôle aussi le pouls brachial)
- Tension artérielle basse
- Yeux très enfoncés
- La peau pincée revient très lentement à sa position initiale (> 3 secondes)
- Respiration rapide (provenant d'une acidose)
- Mains flétries comme celles d'une « blanchisseuse »

2. Quel est le degré de déshydratation : nul, modéré ou sévère ?

SÉVÈRE, en raison de la léthargie profonde, du faible pouls et de l'incapacité de boire.

Traitement

3. Présentation de votre plan de traitement pendant les quatre premières heures.

- Le patient a besoin d'être immédiatement hydraté par voie intraveineuse (IV). Utilisez la solution de Ringer Lactate, s'il y en a à disposition. Utilisez une solution saline normale s'il n'y a pas de solution de Ringer Lactate (même si celle-ci ne permettra pas de traiter l'acidose).
- Si le patient est capable de boire, administrez-lui une solution de SRO par voie orale pendant l'installation du goutte-à-goutte.
- Commencez avec 1 800 ml (30 ml/kg) ou environ 2 litres de fluide par voie IV pendant les 30 premières minutes. Recommencez si le pouls radial du patient est encore faible.
- Administrez ensuite 4 200 ml (70 ml/kg) ou environ 4 litres de fluide par voie IV pendant les 2,5 heures suivantes.
- Réévaluez l'état du patient toutes les heures ou toutes les deux heures au moins.
- Il se peut que le patient ait besoin d'au moins 12 litres (200 ml/kg) de fluide au cours des 24 premières heures de traitement.
- Administrez également au patient la solution SRO (5 ml/kg par heure) dès qu'il pourra boire.
- Faites une réévaluation complète au bout de 3 heures. Passez à la solution SRO si le degré d'hydratation du patient s'est amélioré et si ce dernier peut boire.

4. Quels sont les signes à rechercher afin de savoir si ce patient a été correctement hydraté ?

- Il est plus vif
- Ses yeux ne sont plus enfoncés
- Pouls radial fort
- Il boit normalement
- La peau pincée revient vite à sa position initiale
- Il recommence à uriner

5. Quand arrêtez-vous le traitement par voie IV ?

Lorsque le patient est suffisamment hydraté et peut boire une SRO.

6. Quels antibiotiques utilisez-vous ? Quand devez-vous les administrer ?

Le patient doit recevoir des antibiotiques, car il souffre d'une déshydratation sévère. Veuillez consulter le tableau sur les antibiotiques du CDC/OPC. Pour les adultes :

- Premier choix : administration d'une dose de doxycycline de 300 mg par voie orale.
- Deuxième choix : administration d'azithromycine, de tétracycline, et d'érythromycine.

Administrez les antibiotiques au patient après le début de sa réhydratation, lorsqu'il est capable de prendre des fluides par voie orale. Si le patient vomit immédiatement après avoir reçu l'une des doses uniques d'antibiotiques, la dose doit alors être administrée à nouveau.

7. Quelles sont les complications dont vous devez être à l'affût chez ces patients ?

Hypoglycémie : celle-ci peut survenir à la suite d'une diarrhée sévère. Le meilleur moyen de prévenir son apparition est de commencer à nourrir le patient au plus vite.

Insuffisance rénale (anurie) : il s'agit d'une complication rare qui survient lorsqu'un choc n'est pas corrigé assez rapidement. Le débit urinaire reprend généralement au cours des 6 à 8 heures qui suivent le début de la réhydratation. Tous les patients doivent pouvoir uriner avant de quitter un centre de traitement contre le choléra. Si le patient n'urine toujours pas après avoir été correctement réhydraté, il doit alors être redirigé vers un autre établissement capable de traiter son insuffisance rénale.

Œdème pulmonaire : fluide présent dans les poumons à la suite d'une surhydratation résultant de l'administration excessive de fluides par voie IV. Les jeunes enfants, les personnes âgées et les patients atteints d'une forme sévère d'anémie sont le plus exposés à ce risque. Les signes d'un œdème pulmonaire comprennent l'essoufflement, une toux sèche et la présence de râles crépitants à l'auscultation. Baissez le débit du fluide administré par voie IV et installez le patient en position assise. Vous pouvez administrer du Lasix s'il y en a à disposition.

Hypokaliémie (faible taux de potassium dans le sang) : il convient de suspecter un faible taux de potassium en présence d'épisodes répétés de crampes douloureuses. Cela peut survenir au bout des 24 premières heures de réhydratation par voie IV si le patient ne mange pas et ne boit pas de SRO (une SRO fournit une quantité suffisante de potassium).